

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра детской госпитальной хирургии

Лекция:

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ, НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ**

Лектор: профессор Н.Ш.Эргашев.



Ташкент-2006

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, НОВОРЖДЕННЫХ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Все неотложные состояния периода новорожденности проявляют себе 8 клиническими синдромами:

- 1. синдромом дыхательной недостаточностью (СДН);*
- 2. синдромами рвоты и срыгивания (СРС);*
- 3. геморрагическим синдромом (ГС);*
- 4. синдромом желтухи (СЖ);*
- 5. синдромом нарушений выделительной функции (СНВФ);*
- 6. синдромом внешних деформаций (СВД);*
- 7. синдромом неврологических нарушений (СНН);*
- 8. синдромом пальпируемой опухоли в в проекции брюшной полости (СПО).*

Основное в диагностике синдрома – четкость его клинических критериев (симптомов) позволяющих установить сам факт наличия синдрома без учета степени его выраженности, т.е. по принципу «есть», «нет». Лучше, когда критерии имеют цифровое выражение, что значительно увеличивает их ценность, так как повышает объективность оценки.

Острые процессы в брюшной полости у новорождённых, появляющиеся вскоре после рождения ребёнка или неонатальном периоде может быть обусловлены пороками развития или заболеваниями приобретённого характера. Их можно делить на воспалительные, механические и травматические.

Классификация острых процессов брюшной полости у новорождённых:

I. По этиологическому характеру:

1. Врожденные;
2. Приобретённые.

II. По характеру течения:

- 1. Воспалительные:*

A. Перитонит:

- a) Первичный (без перфорации полого органа);
- b) Вторичный (с перфорацией полого органа);
- c) Контактный.

B. Аппендицит;

C. Неспецифический энтероколит.

2. Механические:

A. Врожденная кишечная непроходимость:

- a) Пороки мальформации кишечника;
- b) Пороки мальротации кишечника;
- c) Смешанные пороки.

B. Странгуляция кишечника при патологии остатков желточного протока;

C. Осложнения, связанные с удвоением ЖКТ.

3. Травматические:

A. Повреждения паренхиматозных органов;

B. Повреждения полых органов;

C. Повреждения паренхиматозного и полого органа;

D. Ятрогенные повреждения;

E. Повреждения пупочных сосудов с внутрибрюшным кровотечением.

Из всех умерших в течение первого года жизни на первый месяц приходится 60,9%, в первую неделю - 51,6%, а первый день жизни - 27%. Если учесть, что в течение первого месяца жизни детей чаще всего погибают от родовой травмы, пороков развития и сепсиса, то становится понятным большой интерес широкого круга врачей к вопросам хирургических

заболеваний у детей периода новорожденности.

Более 2 процентов всех новорожденных имеют пороки развития, требующие коррекции. Число детей, родившихся с пороками развития в последние годы не имеет тенденции к уменьшению. Следует отметить, что наличие порока во многих случаях накладывает на ребёнка тяжёлую печать анатомической или функциональной неполноценности, часто неизгладимой до конца жизни.

Большинство пороков развития и многие заболевания, требующие оперативного лечения, как правило, выявляются сразу после рождения или в первые дни и недели жизни ребёнка. Врач родильного дома, педиатр, наблюдающий ребёнка на дому должен принять решения о тактике лечения. От правильности этого решения нередко зависит жизнь и дальнейшее развитие ребёнка (например атрезия 12-перстной кишки).



Рис.1. Обзорная рентгенография брюшной полости у новорожденного в двух проекциях. Атрезия 12-перстной кишки.

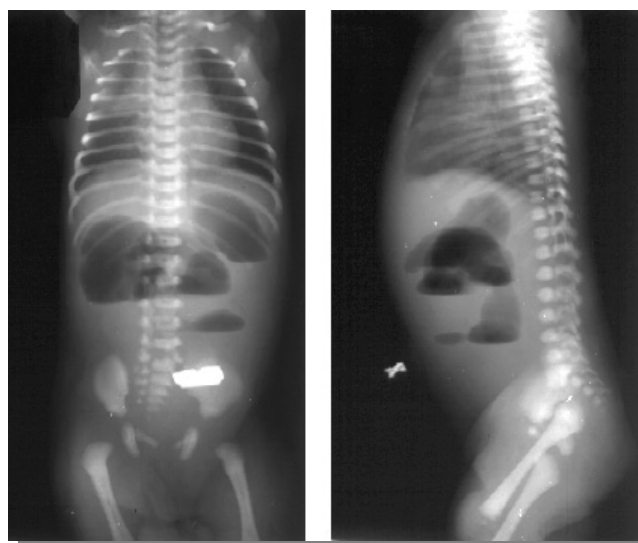


Рис.2. Обзорная рентгенография брюшной полости у новорожденного в двух проекциях. Атрезия тонкого кишечника.

Часть пороков развития имеет наружные проявления (рис). Диагноз в таких случаях не труден и зависит только от внимательности обслуживающего персонала. Серьезные затруднения у врача возникают при диагностике у новорожденного пороков развития внутренних органов.

Уместно отметить на наиболее общие симптомы, которые в разных вариантах наблюдаются у большинства новорождённых с врожденными нарушениями развития пищеварительной трубки, диафрагмы.

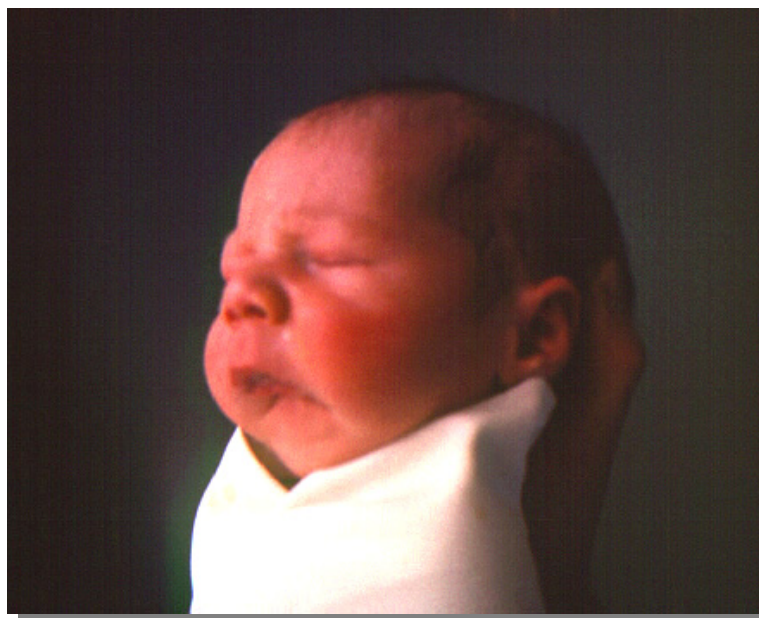


Рис.3. Синдром Пьера-Робина. Вид ребенка с гипоплазией нижней челюсти



Рис.4. Макроглоссия

Рвота на это ведущий симптом не всегда своевременно обращают внимание, так как у новорождённых рвота очень часто наблюдается при

различных физиологических отклонениях и функциональных расстройствах. Следует подчеркнуть что, если рвота возникает с первых дней после рождения и упорно повторяется, а в рвотных массах появляются желчь и затем содержимое кишечника - подозрение на порок развития будет вполне обоснованным. В зависимости от характера порока рвота может возникать в ранние сроки после рождения или спустя несколько дней и даже месяцев. Характер рвотных масс также зависит от вида порока и места его локализации.



Рис. 5. Больной В., 1 мес. Врожденный пилоростеноз. Перистальтика желудка в виде "песочных часов" при пилоростенозе



Рис. 6. Больной А., 1 мес. Врожденный пилоростеноз. Симптомы «плечиков» и «антрального клюва».

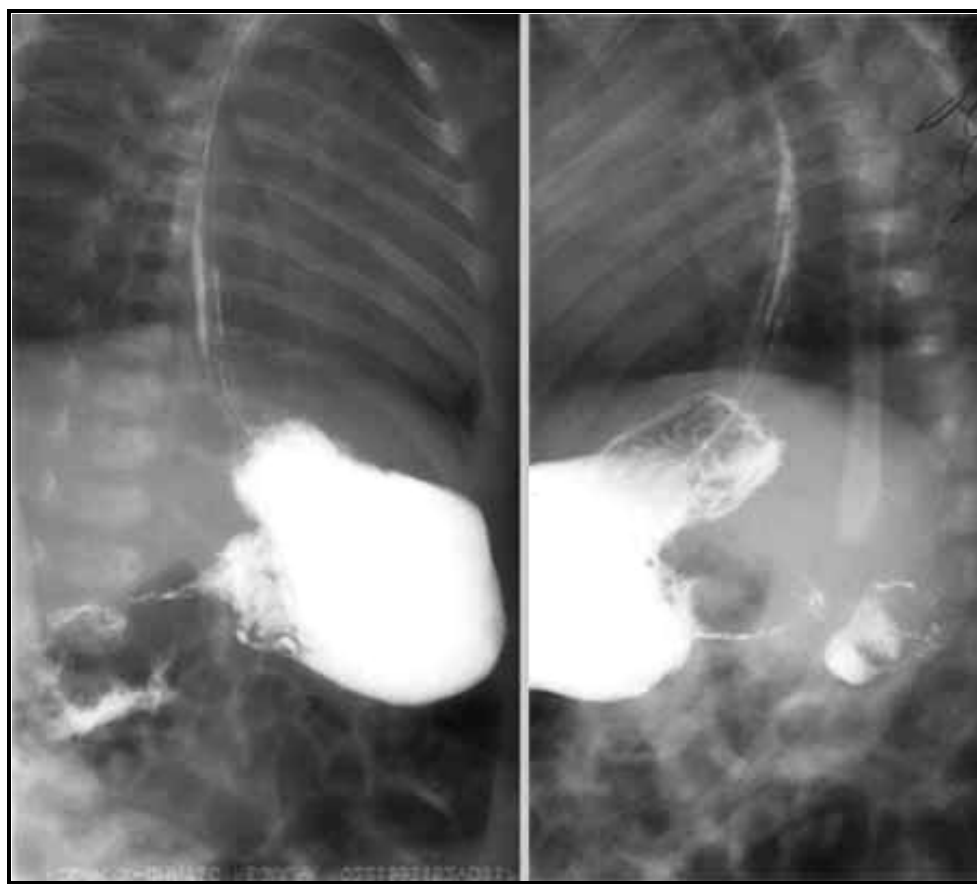


Рис. 7. Больной В., 1 мес. Врожденный пилоростеноз. Симптом «усика» или «жгутика». Вторичный гастроэзофагальный рефлюкс.

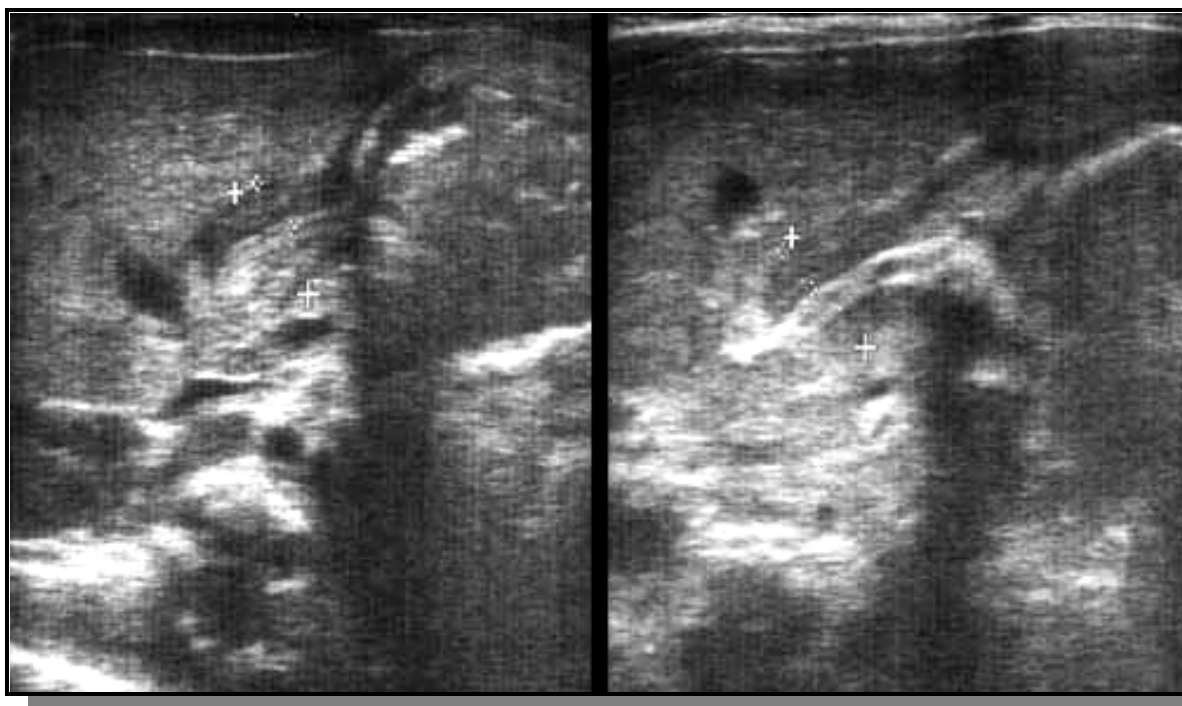


Рис. 8. Больной В., 1 мес. Врожденный пилоростеноз. рефлюкс.



Рис. 9. Пилоростеноз. Ультразвуковое исследование. Крестиками обозначен гипертрофированный мышечный слой привратника. Стрелками - слизистая суженного пилорического канала.

Изменения поведения новорожденного проявляется недостаточно отчётливо, но заметная вялость ребёнка, отказ от груди, нарастающая обезвоживание и резкое падение веса должны учитываться врачом при оценке других симптомов. Следует отметить, что при врожденной высокой непроходимости кишечника у новорождённого нет приступов обильного

беспокойства, которое характерно для острой непроходимости у детей более старшего возраста.

Отсутствие или задержка отхождения мекония - один из основных признаков патологии желудочно-кишечного тракта. Отсутствие мекония после введения газоотводной трубки говорит о непроходимости, но вместе с тем полученный при этом стул не позволяет полностью снять диагноз: высокой непроходимости или стеноза.

Врожденная кишечная непроходимость - одно из наиболее частых страданий, требующих неотложного оперативного лечения. Встречается у детей любого возраста, однако чаще всего - в периоде новорожденности. Причинами ее являются различные пороки развития, которые условно могут быть объединены в следующие группы:

- пороки развития кишечной трубки (атрезии, стенозы);
- пороки развития, вызывающие сдавление кишечной трубки извне (кольцевидная поджелудочная железа, aberrантный сосуд, энтерокистомы);
- пороки развития кишечной стенки (аганглиоз, нейрональная дисплазия, гипоганглиоз - болезнь Гиршпрунга);
- пороки, приводящие к обтурации просвета кишки вязким меконием (мекониевый илеус - муковисцидоз);
- пороки поворота и фиксации брыжейки (синдром Ледда, изолированный заворот средней кишки, заворот изолированной кишечной петли).

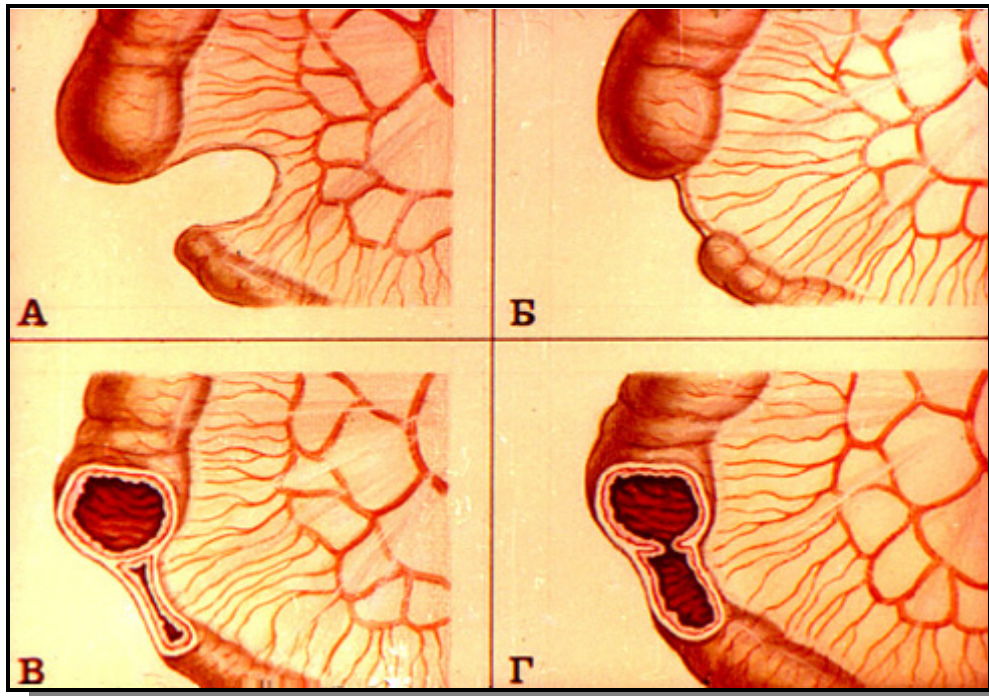


Рис. 10. Атрезии и стенозы кишечника, схема

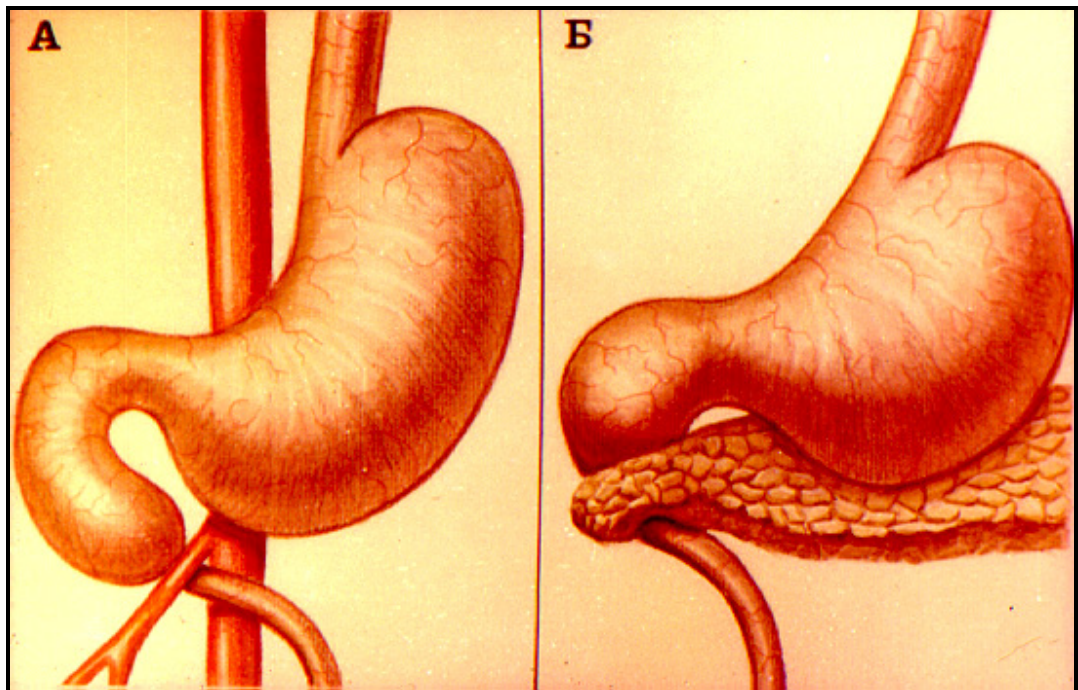


Рис. 11. Кольцевидная поджелудочная железа, aberrантный сосуд, схема

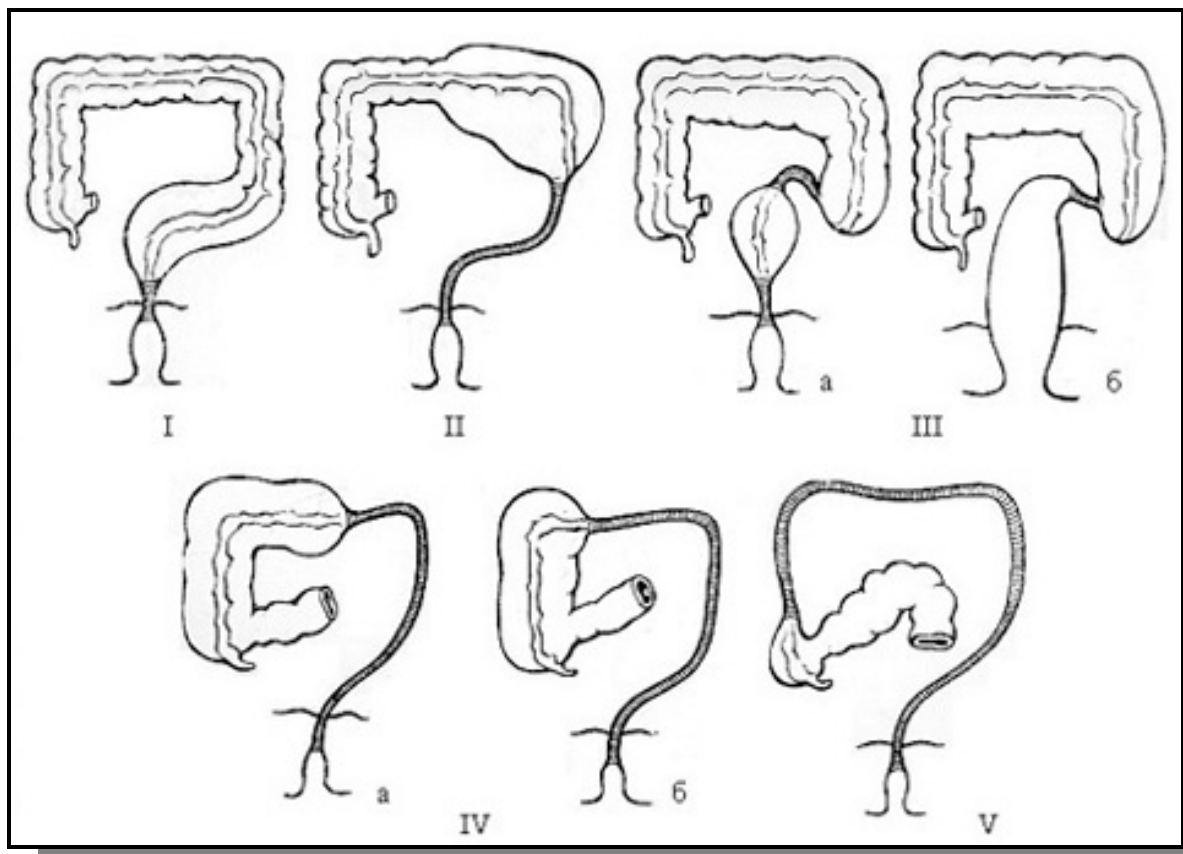


Рис.12. Болезнь Гиршпрунга, схема вариантов порока



Рис.13. Мекониевый илеус (муковисцидоз)

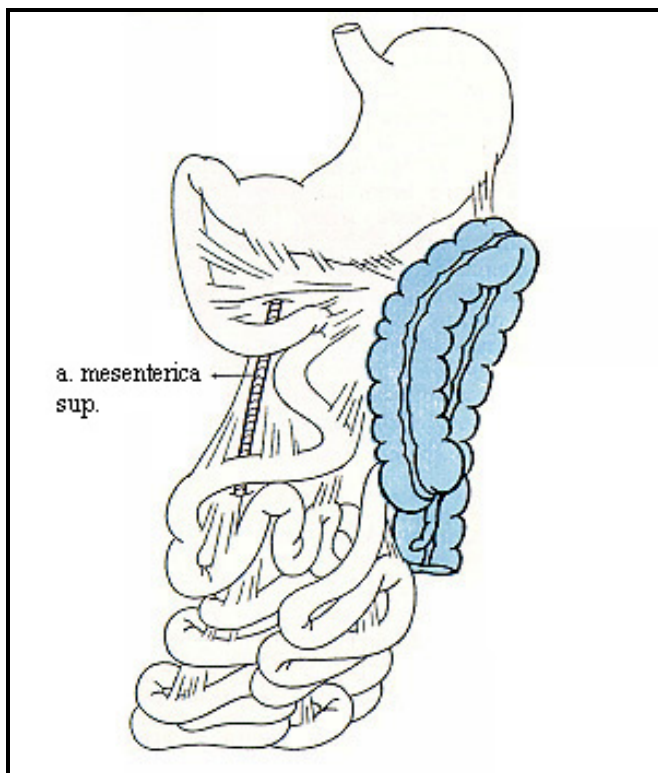


Рис.14. Незавершенный поворот кишечника



Рис. 15. Эмбриональная грыжа

Объективные признаки. Кишечной непроходимости не всегда играют большую роль при постановке диагноза. Живот после рождения не вздут, видимой перистальтики не отмечается. Более того, при высокой непроходимости живот бывает запавшим и только некоторые увеличения

эпигастральной области позволяет думать о патологии. В более поздние сроки, на второй-третий день объективные данные могут быть выражены более отчётливо, особенно при непроходимости нижних отделов кишечника. В таких случаях живот резко вздут, кожа отёчная, виден рисунок расширенных вен. К сожалению, в этот период часто наступает перфорация полых органов и лечения бывает запоздалым.

Всякое подозрение на патологию желудочно-кишечного тракта требует немедленного зондирования желудка и отсасывания содержимого, а также прямокишечного исследования газоотводной трубкой. При этом некоторые виды пороков тут же могут быть отвергнуты.

Цианоз, возникающий при кормлении ребёнка или нарастающий без видимых причин, заставляет думать о врождённой диафрагмальной грыже или пороке развития пищевода. Очень важно, чтобы при любом подозрении на порок развития внутренних органов было проведено специальные методы исследования, которых вы услышите во время практических занятий по отдельным темам.

Не редко в специализированные клиники часто поступают дети с запущенными формами заболевания, тяжёлыми осложнениями, возникающими в связи с необоснованным консервативным или несвоевременным оперативным лечением значительно ухудшаются как непосредственные, так и отдалённые результаты лечения. Поэтому сроки оперативного лечения следует убедительно обосновывать и чётко аргументировать.

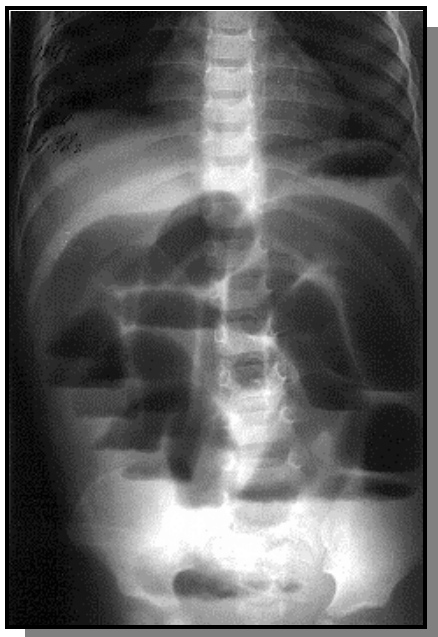


Рис.16. Острая спаечная кишечная непроходимость - обзорная рентгенограмма брюшной полости.



Рис.17. Острая спаечная кишечная непроходимость - обзорная рентгенограмма брюшной полости.

Тактика врача в выборе показаний к применению консервативного и оперативного методов лечения и сроков выполнения операций целесообразно обосновывать с точки зрения общего подхода, универсального для любого заболевания или порока развития. Следует отметить что стремление к ранней коррекции пороков развития у новорождённых обусловлено не только соображениями, косметики, степенью операционного риска, морально-этическими соображениями, но и желанием хирурга создать в организме ребёнка нормальные анатомические соотношения возможно раньше, чтобы дальнейший его рост и развитие осуществлялись правильно.

Как указывалось выше большинство пороков развития и многие заболевания, требующие оперативного лечения, как правило, выявляются сразу после рождения или в первые дни и недели жизни ребёнка.



Рис.18. Гастрошизис.

Руководствуясь концепцией об относительной незрелости и анатомической изменчивости органов, тканей и систем новорождённого ребёнка, особенно подверженных вредным влиянием при наличии у него порока развития правильным следует считать стремление к возможно ранней коррекции порока у большинства больных. Устранение порока в первые дни и недели жизни создаёт условия для нормального развития не только патологически изменённого органа, но системы, в которую включён данный орган и организм в целом. И наоборот чем дальше откладывается операция и позднее начата консервативное лечение, тем в большей степени патология становится своеобразной "нормой" и восстановление нормальной функции органа затрудняется или становится невозможным.

Большое значение для выбора срока и метода лечения имеет оценка тенденции данного порока к самоизлечению или усугублению. При возможности самоизлечения целесообразно отказаться от операции в пользу консервативных приёмов. В случаях возможности развития осложнений следует предупредить их энергичными мероприятиями вплоть до операции.

В первые часы и дни жизни ребёнка оперативное вмешательство про-

водится при атрезии хоан, глоссоптозе с явлениями асфиксии. Атрезии пищеварительного тракта на всех уровнях, при лобарной эмфиземе сопровождающиеся асфиктическим синдромом и при наличии данного осложнения у больных с врождёнными диафрагмальными грыжами. При грыжах пупочного канатика, тератомах крестово-копчиковой области, спинномозговой грыже оперативное вмешательство проводится при разрыве оболочек.

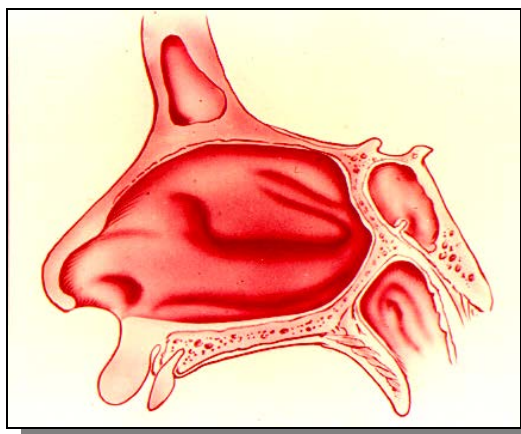


Рис 19. Атрезия хоан. Схема патологии



Рис 20. Атрезия хоан. Дыхательная недостаточность, невозможность носового дыхания у новорожденного ребенка (внешний вид).

В первые недели жизни операция показано при пилоростенозе, атрезии желчных протоков, при патологиях остатков желточного протока и т.д.

Тактика в хирургии новорождённых не ограничивается простым ответом на стандартные вопросы: какой метод лечения следует избрать - оперативный или консервативней? Должен ли врач при глубокой недоношенности, тяжелейших пороках развития или травме ЦНС прибегать к попыткам радикального лечения.

Операция в зависимости от показаний и условий выполняется по радикальному варианту. Невозможность выполнения одномоментной операции диктует необходимость расчленения её на два или более этапов. Этот принцип многоэтапности в последние годы в хирургии новорождённых получил широкое распространение. При планировании оперени, разделенной - на этапы, полезно руководствоваться систематизированными причинами, которые вынуждают хирурга отказаться от одномоментной

операции и отчётливо представить себе цели, которые при этом могут быть достигнуты.

При выборе метода лечения и определении времени оперативного вмешательства следует учитывать важнейший фактор - наличие необходимых условий для проведения оперативного вмешательства, в частности достаточного опыта хирурга в выполнении операций у детей периода новорожденности. Прежде чем оперировать новорождённого, целесообразно выполнить подобную операцию у ребёнка более старшего возраста. Обязательно наличие специалиста анестезиолога, сведущего в вопросах анестезиологии и реанимации новорождённых и грудных детей. Чрезвычайно важна организации постов сестёр для выхаживания детей после операции. Выхаживание тяжёлого послеоперационного больного является длительным, трудоемким делом. Сестры должны быть знакомы с основами педиатрии, хирургии, знать принципы интенсивной терапии и реанимации новорождённых. Следует отметить, что выполнение правил ухода за ребёнком нередко является решающим. От работы палатной сестры во многом зависит успех лечения новорождённого.

Хирургию периода новорожденности по праву относят к наиболее сложным разделам детской хирургии. Относительная незрелость ряда органов и систем несовершенство защитных реакций, повышенная чувствительность новорождённого к неблагоприятным внешним воздействиям, серьёзные врождённые пороки развития, требующие сложных, длительных операций, преимущественно неотложный характер операций - всё это составляют лишь малую часть тех трудностей и проблем, с которыми сталкивается врач, работающей в этой области. В настоящее время трудно назвать другую отрасль детской хирургии, где число тяжёлых разочарований и неблагоприятных исходов было бы столь велико, как в неотложной хирургии периода новорожденности. Следует подчеркнуть, что немалое количество неудач обусловлено разнообразными ошибками и просчётами. Нигде ошибка врача не оплачивается столь дорогой ценой, как в хирургии периода

новорождённости. Именно здесь даже малая погрешность влечёт за собой большие и тяжёлые осложнения.

Успешно лечение новорождённого с острым хирургическим заболеванием зависит от многих причин, но прежде всего от ранней диагностики и правильной организации дальнейших терапевтических мероприятий. Почти все острые хирургические заболевания должны быть распознаны ещё в родильном доме. Следовательно, ранняя диагностика зависит от достаточной осведомлённости в этих вопросах неонатологов.

Диагностические ошибки являются преобладающим видом погрешности в родильном доме. Особенно часто диагностические ошибки отмечаются при пороках развития ЖКТ - ошибочная или поздняя диагностика влечёт за собой дефекты лечебной тактики - неадекватную терапию, позднее направление ребёнка к детскому хирургу.

В распознавании пороков развития ЖКТ у новорождённых наиболее частыми причинами ошибок являются следующие:

1. Недостаточное знание врачами неонатологами типичных клинических проявлений указанных пороков развития и острых процессов, недостаточно клиническое внимание к новорождённым. Осмотр ребёнка всесторонне с позиции врача интерниста, является эффективней средством и предупреждения и уменьшения числа подобных ошибок.

2. Несоблюдение правила обязательного осмотра наружных анатомических отверстий новорождённого немедленно после рождения является второй по частоте причиной диагностических ошибок. Нарушение указанного правила влечёт запоздалое распознавание таких врождённых пороков развития, как атрезия пищевода, пороки развития аноректальной области и мочеполовой системы.

3. Недостаточное внимание к позднему отхождению мекония или его отсутствию. Следует подчеркнуть, что отсутствие мекония в течение Т2 ч после рождения являются абсолютным признаком врождённой патологии со стороны толстого кишечника.

4. Пренебрежение неотложным рентгенологическим исследованием ребёнка с явлениями острой дыхательной недостаточности и острого живота.

Клинике рентгенологическая характеристика острых процессов брюшной полости, сопровождающиеся с воспалительными изменениями.

Наиболее часто встречается перитонит. Клиническая картина перитонита без перфорации органа развивается постепенно на фоне симптомов энтероколита или других заболеваний (сепсис, родовая травма). Срыгивания переходят в рвоту. Ребёнок не удерживает питания - введённое через зонд молоко выливается наружу. Стул частый, жидкий, нередко с кровью в виде прожилок. По мере нарастания перитонита каловые массы выделяются в скудном количестве, со слизью, газы отходят плохо, иногда появляется кишечное кровотечение.

Общее состояние ребёнка ухудшается. Бледный кожный покров приобретает сероватый оттенок. Живот резко вздут, увеличен в размерах, резко выражена расширенная венозная сеть. Отчётливы отёки нижних отделов брюшной стенки, половых органов, иногда поясничных областей и нижних конечностей. В ряде случаев на фоне пастозности брюшной стенки появляется гиперемия кожи. Мышечное напряжение живота выявляют редко. Пальпация живота вызывает беспокойство ребёнка. При перкуссии обнаруживают притупление в нижних отделах живота и отлогих местах. Кишечная перистальтика вялая, а по мере нарастания перитонеальных симптомов - угасает.

Рентгенологическое исследование является ценным диагностическим методом. При обзорной рентгенографии в вертикальном положении определяется "взвешенное" расположение кишечных петель, которые смещены жидкостью вверх и к центру брюшной полости. Смещение отчетливо на боковой рентгенограмме. Нижние отделы живота затенены. Купол диафрагмы поднят высоко. В запущенных случаях видны множественные, неравномерно распределённые горизонтальные уровни жидкости.



Рис.21-22. Обзорная рентгенография брюшной полости новорожденного с первичным перитонитом в прямой и боковой проекциях («взвешенное» расположение кишечных петель, которые смещены жидкостью вверх и к центру брюшной полости)

Перфоративный перитонит отличают по бурному началу, быстрому нарастанию симптомов воспаления брюшины и интоксикации, а также по рентгенологической картине - наличию свободного газа в брюшной полости под куполом диафрагмы. При перкуссии живота обнаруживает тимпанит и исчезновение печёночной тупости, при аускультации кишечные шумы часто отсутствуют.

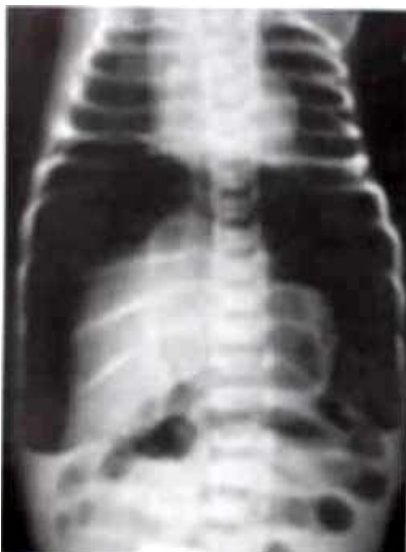


Рис.23-24. Обзорная рентгенография брюшной полости новорожденного с перфоративным перитонитом в прямой проекции и в латеропозиции. Под куполом диафрагмы виден свободный газ, имеется выпот в брюшной полости. Виден свободный газ в брюшной полости под передней брюшной стенкой

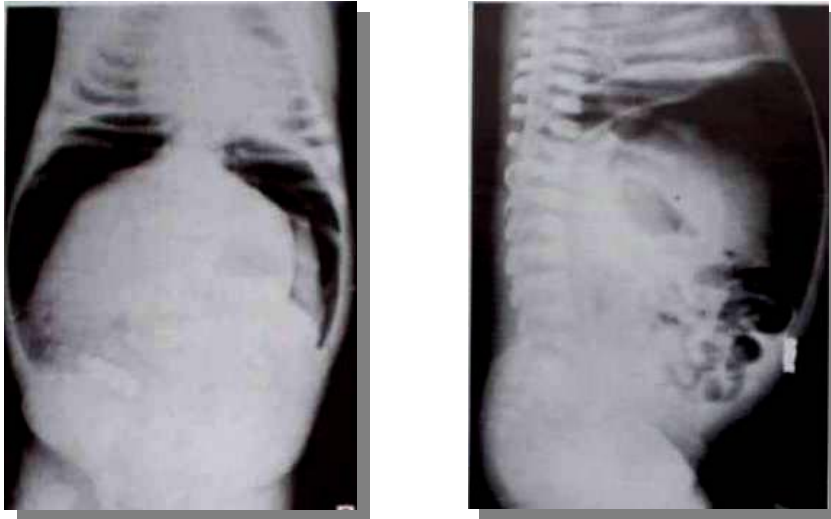


Рис.25-26. Обзорная рентгенография брюшной полости при перфорации полого органа у новорожденного в прямой и боковой проекциях (виден свободный газ в брюшной полости)

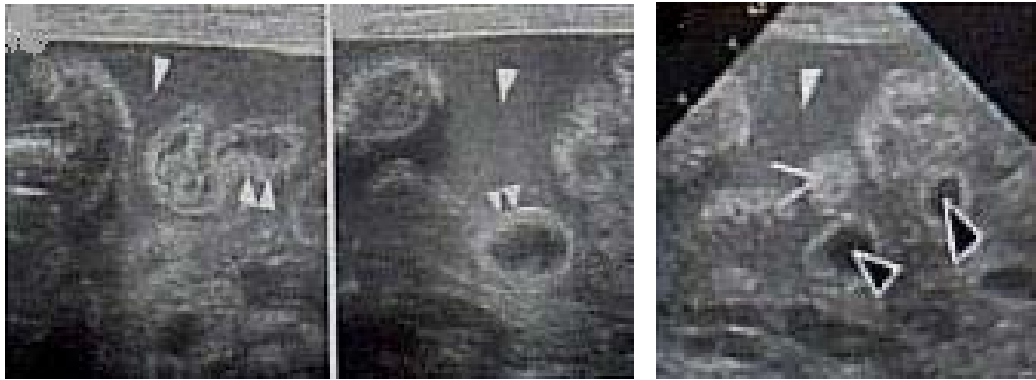


Рис.27.УЗИ сканирование новорожденного с некротическим энтероколитом в IV стадии. Определяется большое количество гипоэхогенного содержимого в брюшной полости (гнойный выпот с примесью каловых масс, белая стрелка), в некоторых петлях кишечника определяется жидкостное содержимое (контурные стрелки), другие спазмированы (открытая стрелка), фрагментарное выраженное утолщение кишечной стенки (парные белые стрелки).

В случаях отграниченного перитонита явления интоксикации меньше выражены. При местном перитоните фоне вздутого живота отмечается локализованный отёк брюшной стенки (чаще всего в подвздошных или подреберных областях), иногда этот отёк имеет вид инфильтрата, принимаемого за некротическую флегмона. Спустя несколько дней на месте "Инфильтрата" может появиться флюктуация.



Рис.28. Наблюдается вздутие живота, пролабирование кожного пупка, гиперемия кожи и усиление подкожного рисунка брюшной стенки, отек наружных половых органов

Острые процессы в брюшной полости у новорожденных механического происхождения наблюдается при пороках мальротации кишечника сопровождающиеся заворотом кишечника, при низкой кишечной непроходимости, при странгуляциях и осложнениях удвоений желудочно-кишечного тракта.

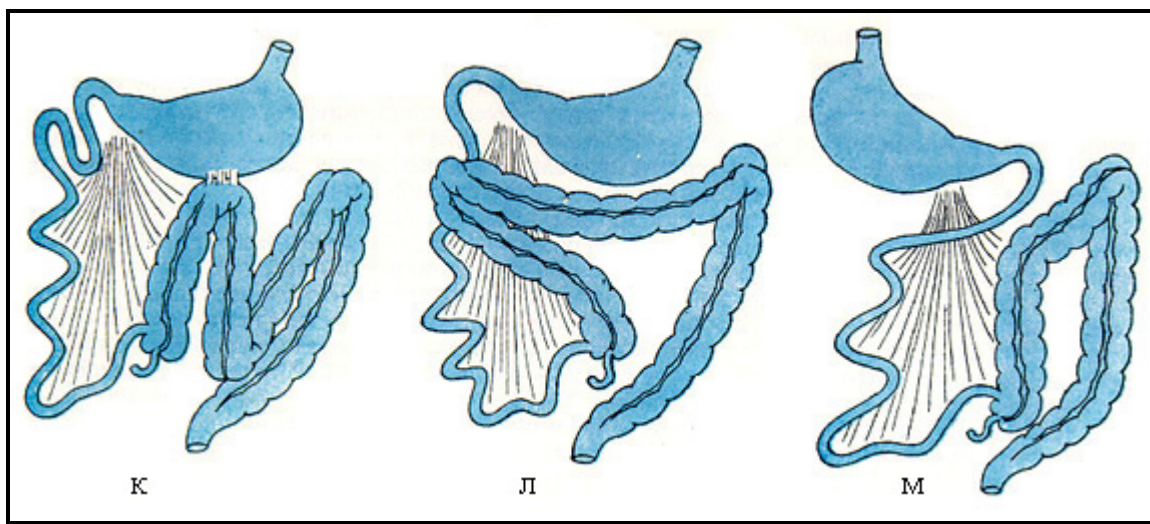


Рис.29. к - дефект вращения II; то же самое с придаточным заворотом (минус 180°); л - дефект вращения II; ретропозиция поперечной ободочной кишки, придаточный заворот; сочетанный диагноз: правостороннее положение сигмы; м, н, о - положение желудка при вращении гастро-дуоденальной петли в обратном направлении; м - с нормальным вращением пупочной петли (плюс 90°);

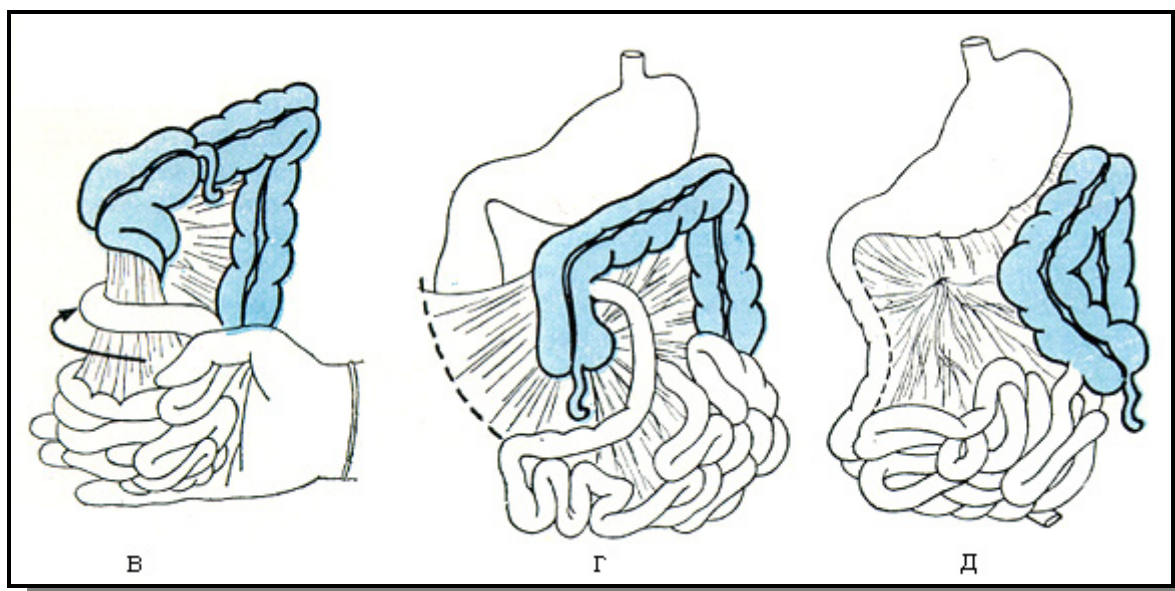


Рис.30. Синдром Ladd и его хирургическая обработка: в - раскручивание заворота; г - заворот расправлен, но остается наружное сдавление двенадцати-перстной кишки не совершившей поворот слепой кишки; обработку производят по методу Ladd, т.е. разрезом брюшины с правой стороны слепой кишки и смещением ее влево и книзу; д - окончательный вид; двенадцатиперстная кишка опускается вправо, а толстая кишка влево (по Ladd и Gross)

Основным клиническим признаком при врождённой низкой кишечной непроходимости является отсутствие стула с рождения. Даже после клизмы отходят только слизистые неокрашенные пробки. Рвота чаще всего возникает со 2-3 го дня жизни, вскоре становится тёмной с резким застойным, каловым запахом. Состояние ребёнка быстро ухудшается из - за интоксикации, развивающейся вследствие всасывания застойного кишечного содержимого. При осмотре живота отмечается увеличение его размеров, выпукленность подвздошных областей. Иногда через тонкую брюшную стенку видны растянутые петли кишечника. Нередко наблюдается перфорация перерастянутой над препятствием кишки и развитие перфоративного перитонита.

Перитонит у детей с высокой кишечной непроходимостью возникает довольно редко и диагностика затруднена в связи с тем, что симптоматика перитонита как бы прикрыта признаками кишечной непроходимости. Вздутие живота наблюдается только в эпигастральной области, в остальных отделах живот несколько западает. Расширение венозной сети на фоне невздутого живота почти незаметно. Отечность или пастозность передней

брюшной стенки могут наблюдаться, но выражены умеренно.

В то же время при пороках мальротации кишечника (изолированный заворот тонкой кишки, Синдром Ледда, гиперротация, обратная ротация, неполная ротация, внутренние грыжи) проявления более отчётливы. В связи с тем, что пороки мальротации чаще всего протекает по типу частичной кишечной непроходимости, отмечается значительное увеличение живота, выражено расширение венозной сети на передней брюшной стенке, отёк последней, гиперемия кожи живота, отёки наружных половых органов. Кроме того, вследствие нарушения кровообращения в кишечнике наблюдается желудочно-кишечное кровотечение.

Рентгенологическое исследование детей при врождённой низкой кишечной непроходимости начинают с обзорной рентгенографии брюшной полости при вертикальном положении. При этом видно большое число горизонтальных уровней жидкости в растянутых газом петлях кишечника. В тех случаях, когда имеется свободный газ в брюшной полости свидетельствуют о перфорации кишечника.

Помимо обзорной рентгенографии, во всех случаях необходимо произвести контрастное исследование толстой кишки с водорастворимым контрастом (урографин, сергозин, верографин, и т.д.) с целью выявления её диаметра, который в случаях механической кишечной непроходимости очень мал: толстая кишка имеет вид шнура или же выявляется изменение топографии и фиксации толстой кишки свидетельствующее о характера нарушения ротации кишечника.

При удвоениях основные признаки - беспокойстве ребёнка, рвота, нарушение стула а также выявления опухолевидного образования в брюшной полости. В случаях присоединения воспаления заболевания протекает остро, стимулирует перитонит. Удвоения может проявляется симптомами частичной кишечной непроходимости, которая иногда переходит в полную. В случаях заворота петли кишки, несущий удвоение, развивается странгуляционная непроходимость. Наблюдается также кровотечения из-за

сдавления сосудов и нарушение кровообращения в прилежащем отделе кишки, либо изъязвление эктопированной слизистой оболочки в полости удвоения. Удвоение иногда осложняется перфорацией в результате перерастяжения стенки содержимым и нарушения кровообращения, с клиникой перфоративного перитонита.

Повреждение паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства у новорождённых детей протекает крайне тяжело и может быть причиной острого процесса в брюшной полости. Наиболее часто отмечаются разрывы печени или травмы надпочечника. Третье место по частоте занимает повреждения селезёнки. Большая масса тела при рождении или недоношенность, асфиксия, осложнения в родах с оказанием акушерских и реанимационных пособий являются "факторами риска" и должны настораживать врачей в отношении травмы.

В зависимости от характера повреждения органов симптоматология может быть различной. В большинстве случаев клиническая картина обусловлена наличием внутреннего кровотечения, явлениями коллапса, шока и перитонита. Катастрофа начинается при разрыве подкапсульной гематомы (2-7 день после родов) и нарастающим кровотечением в брюшную полость. Внезапно состояние ребёнка резко ухудшается, он становится бледным, адинамичным. Появляется вздутие или асимметрия живота. Одним из характерных признаков внутрибрюшного кровотечения можно считать синюшность в области пупка, возникающую из-за просвечивания через истончённую кожу крови. У мальчиков обычно выражена синюшность и отек мошонки в связи скоплением в ней крови. Перкуссия позволяет определить увеличение размеров поражённого органа, притупление в отлогих местах живота.

Диагностика основывается на данных клинического, рентгенологического, лабораторного и инструментального обследования. На обзорных рентгенограммах в прямой проекции выявляется увеличение тени поражённого органа оттеснение петель кишечника, затемнение соот-

ветствующей фланга живота и симптом плавающие петли кишечника.

При лабораторном исследовании отмечается падение гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов неустойчивость показателей крови. В диагностике помогает также ультразвуковая диагностика, выявляющее полость под глиссоновой капсулой или в селезёнке, может быть обнаружена кровь и в свободной брюшной полости.

Литература.

- 1. Доляцкий С.Я. Общие проблемы детской хирургии М. 1994.*
- 2. Баиров Г.А. Рошал Л.М. Гнойная хирургия детей. М. 1991.*
- 3. Баиров Г.А. Экстренная хирургия детей. Л. 1996.*
- 4. Лазюк А.И. тератология человека. М. 1986.*
- 5. Волков А.Е. Михельсон А.Ф. Пренатальная ультразвуковая диагностика. М. 1996.*
- 6. Ашкрафт, Холдер Т.М. Детская хирургия СПб 1998*
- 7. Немилова Т.К. Диагностика и хирургическое лечение МПР у новорожденных СМБ 1998.*
- 8. Учебник детской хирургии. Под рук. Исакова Ю.Ф. Москва. 2004.*

Аннотация лекции профессора Эргашева Н.Ш. на тему «Современные тенденции в обследовании и организации лечебной тактики при хирургических заболеваниях и пороках развития у детей»

В данной лекции освещены современные аспекты диагностики и хирургического лечения наиболее распространенных хирургических заболеваний и пороков развития у детей. Широко представлена антенатальная диагностика и ранняя неонатальная диагностика пороков развития. Указаны широкие возможности практического применения ультразвуковой диагностики, эндовизуальной технологии и эндоскопических операций в детском возрасте. Также, представлены новые высокоэффективные методы оперативной коррекции отдельных пороков развития. Лекция широко иллюстрирована данными ультразвукового, рентгенологического, эндоскопического исследования и двумя видеофильмами.

В библиографию включено 9 литературных источников.

Лекция рассчитана на детских хирургов, неонатологов, резидентов магистратуры и студентов педиатрического факультета медицинского ВУЗа.